

Beyond the Granting Agency: The Medical Research Council in the 1990s



Medical Research
Council of Canada

Conseil de recherches
médicales du Canada

Canada

MRC Legacy Partners

ASTRA ZENECA
BURROUGHS WELLCOME FUND
MCGILL UNIVERSITY
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
UNIVERSITY OF TORONTO

MRC Legacy Sponsors

Alumni and Friends of MRC
Association of Canadian Medical Colleges (Symposium luncheon)
Baycrest Hospital
BioChem Pharma
Canada's Research Based Pharmaceutical Companies
Canadian Medical Discoveries Fund
Centre for Addiction and Mental Health
Glaxo Wellcome
McMaster University
Merck Frosst
Pfizer
Pharmacia & Upjohn Inc. (For Salute to Excellence)
Queen's University
Samuel Lunenfeld Research Institute of Mount Sinai Hospital
St. Boniface Hospital Research Centre
University of Alberta
University of British Columbia
University of Calgary
University Health Network
Université Laval
University of Manitoba
University of Ottawa
University of Saskatchewan
University of Western Ontario
WorldHeart Corporation
Wyeth-Ayerst Canada Inc.

100-05374/



Beyond the Granting Agency: The Medical Research Council in the 1990s

By Michael Bliss



Medical Research Council of Canada
Conseil de recherches
médicales du Canada

Canada

Medical Research Council of Canada

Holland Cross

Tower B, 5th Floor

1600 Scott Street

Postal Locator 3105A

OTTAWA, ONTARIO, CANADA

K1A 0W9



© Public Works and Government Services Canada, 2000

Cat. No. M621-80/2000

ISBN 0-662-64871-9



Contents

Author's Preface	5
Chapter One: The MRC in a New Climate	7
Chapter Two: A Strategic Plan	11
Chapter Three: Hard Times	15
Chapter Four: Towards CIHR	19

Author's Preface

In December 1999 Aubie Angel, on behalf of Alumni and Friends of MRC Canada, asked me to write this overview of the history of the MRC in the 1990s, and to have it ready in time for the March 2000 celebration of the MRC's legacy. Of necessity, this could only be a quick sketch, what is sometimes called a first draft of history, an attempt to chart the highpoints of the MRC's evolution in rapidly changing times, culminating of course in its formal disappearance into the Canadian Institutes of Health Research.

A proper history of the whole life of the Medical Research Council remains to be written. Nor was there time or space to record in this publication what everyone associated with the MRC would agree were the more important stories in these years, thousands of tales of scientific advance, breakthrough, and sometimes

frustration, generated in laboratories and workplaces from Newfoundland to British Columbia with support from MRC and the people of Canada.

I am indebted to Elizabeth Hulse for research help, and particularly for conducting interviews with as many of the key figures in the MRC's recent history as we could contact at short notice. We thank everyone who gave us time, plead our tight schedule as reason for not contacting many who should have been interviewed, and specially thank Marcel Chartrand at the MRC secretariat for logistics support. Unless otherwise indicated, the interpretations in this text, all the judgments and misjudgments, are mine.

MICHAEL BLISS
UNIVERSITY OF TORONTO
FEBRUARY 9, 2000





Chapter I: The MRC In A New Climate The Legacy

IT HAD BEEN NO MEAN ACHIEVEMENT TO BUILD THE MEDICAL RESEARCH COUNCIL IN THE THREE DECADES SINCE ITS RELATIVELY-BELATED 1960 LAUNCH AS A STAND-ALONE AGENCY WEANED FROM THE NATIONAL RESEARCH COUNCIL. DOZENS, THEN HUNDREDS, ULTIMATELY THOUSANDS OF SCIENTISTS VOLUNTEERED THEIR TIME TO DEVELOPING THE STRUCTURES AND PROCEDURES OF CANADA'S LEADING ORGANIZATION SUPPORTING BIOMEDICAL RESEARCH. PLAYING CATCH-UP TO ITS COUNTERPARTS IN OTHER COUNTRIES, THE MRC SOON DEVELOPED AN EXEMPLARY INTERNATIONAL REPUTATION FOR ITS COMMITMENT TO RESEARCH EXCELLENCE THROUGH PEER REVIEW.

Nothing came easily. Fundamental decisions were made in a climate of intense debate about centralization versus decentralization in the organization of research, the claims of "basic" versus "applied" science, investigator-driven versus directed research, the optimal mix of grants, MRC's positioning in the ever-changing, highly-political Ottawa environment, and, always, the need for more and more-secure funding.

Despite occasional short-term problems, Canadians and their governments had come to believe in supporting research as a way of ultimately bettering health. MRC funding from the Government of Canada multiplied almost one-hundredfold, from \$2.3 million in 1960 to more than \$200 million thirty years later. Federal government funding of medical research through a granting agency with well-developed procedures and a broad range of programs had become part of the Canadian scene.

The MRC's first four presidents, Ray Farquharson, Malcolm Brown, René Simard, and Pierre Bois, could claim considerable satisfaction, not only at the growth of their organization, but in the way that the achievements of MRC-funded researchers, as measured in Gairdner Awards and other forms of international recognition, seemed to justify the trust Canadians were putting in their researchers. It could be said that the MRC had become a model granting agency.

An Uncertain Future

It could also be said that the world was changing all around the MRC by the end of the 1980s. Science was becoming vastly more complex, more exciting and promising, and much more expensive to pursue. The traditional medical school-MRC research axis was

beginning to be modified by the evolution of hospital-based and stand-alone research institutes, the growth of voluntary agencies targeting specific diseases, the emergence of new health-related disciplines in both the basic and social sciences, and other developments.

developed sense of entitlement. In the 1970s the postwar era of constantly-expanding government activity, based on steadily-rising revenue, began to founder on the shoals of stagflation. In the 1980s, especially after the 1984 change from Liberal to Progressive Conservative government, it was becoming clear that Ottawa would not simply play sugar daddy to the research

A couple of trends had come to fruition by the 1990s. The first was the rapid advances in scientific knowledge and technology, which made the costs of moving to the next stage of research, involving increasingly sophisticated techniques, very expensive. ... In addition, as research knowledge exploded, there was greater and greater differentiation into more and more specialized kinds of research requiring specialized personnel and the development of research teams, as opposed to the more classical independent individual researcher. And it became clear that, in addition to the burdens these developments put on individual institutions, there were certain kinds of things that were beyond the scope of even the largest institutions to take on ... The other major development that came to fruition in the 90s was the increasing frequency and growth of interactions with the private sector... Looking back to the way things were in the late 60s, early 70s, while the roots of those changes can be traced back to that period, I don't think anybody would have imagined that it would have moved so far so fast.

Arnold Naimark

Governments, whose commitment to research had always been tempered by short-term considerations (and whose generosity after adjusting for inflation was not quite as fabulous as the raw figures indicated), had begun to question the prospect of endlessly bankrolling a community of academic scientists who had a well-

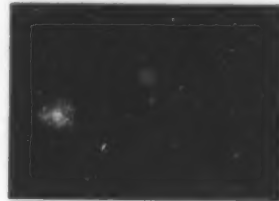
community indefinitely. The government expected its granting agencies to be less passive, more proactive and innovative, more involved with the world outside of Ottawa and the universities.

As early as the mid-80s MRC was beginning to respond to new signals from the government. Pierre Boies, president through the decade, implemented a new emphasis on planning and warned MRC's community that it was not immune to socio-economic change. In 1984, MRC's Priorities and Planning Committee began to consider university-industry liaison; Council soon began to fund university-industry projects and other experimental

collaborations. Council had already begun to support interdisciplinary and multi-centred research projects and had expanded into such new fields as biotechnology. Along with the Natural Sciences and Engineering Research Council (NSERC) and the Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC), MRC

became deeply involved in the Mulroney government's program to create Canadian Networks of Centres of Excellence. Five of the original fourteen networks were in the health sciences and funded or co-funded by MRC. In the same years, as befitting a maturing agency, MRC began to review its procedures, reflect on priorities, and consider future strategies.

New Leadership



Henry Friesen, M.D.

In October 1991 Henry Friesen came to the MRC presidency from the University of Manitoba, where he had chaired the Department of Physiology since 1973 and coordinated the Endocrinology and Metabolism Program. A son of Mennonite parents, Dr. Friesen had obtained his M.D. from the University of Manitoba in 1958 and gone on to hold research fellowships in Boston and

Montreal. He taught briefly at Tufts and McGill before returning to Manitoba. His physiology department there was arguably the best in Canada during the 1980s. Dr. Friesen himself had become one of Canada's most distinguished scientists, winning a Gairdner Foundation International Award in 1977 for his research on lactogenic hormones, particularly the identification of human prolactin. Dr. Friesen served on MRC in the early 1980s and

directed one of its longest-running projects, the human growth hormone trial, which came to a successful conclusion in 1988.

Academics with a deep interest in research are notoriously sceptical about the value of time given to administration. Dr. Friesen, who was just finishing a term as president of the National Cancer Institute of Canada, had more than paid his dues in that regard over many years. Why did he turn away from the laboratory for administration? "I guess I came to the conclusion that having been a recipient, having enjoyed the support of the agency that I was being asked to head and looking into the future, I thought I could make a difference and it was perhaps payback time."

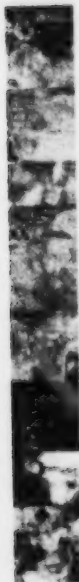
Veteran Canadian researchers were delighted with Dr. Friesen's appointment. "He was unquestionably the best medical scientist ever to occupy the presidency of the MRC," Charles Hollenberg maintains. "He had enormous prestige nationally and internationally as one of the giants of Canadian medical research."

Lou Siminovitch thought no one in the country had as good an understanding of the full compass of science. If there was any question mark about Dr. Friesen's presidency, it revolved around a quiet, unassuming man's capacity to handle the rough-and-tumble of bureaucratic politics.



10 THE MEDICAL RESEARCH COUNCIL OF CANADA IN THE 1990s

BEYOND THE GRANTING AGENCY



Chapter 2: A Strategic Plan Opening the Doors

AT THE NATIONAL CANCER INSTITUTE DR. FRIESEN HAD CHAIRED A COMMITTEE OVERSEEING A STRATEGIC PLANNING EXERCISE. THE SPIRIT OF NATIONAL VOLUNTEERISM AND LEADERSHIP AT NCI IMPRESSED HIM, AND, THOUGH ALWAYS A STRONG SUPPORTER OF MRC, HE HAD COME TO WONDER IF IT WAS NOT TOO "OTTAWA-CENTRIC, OTTAWA-BASED." IN 1991 IT WAS ALSO OPERATING UNDER A DISPIRITING THREE-PERCENT, THREE-YEAR CAP ON FUNDING INCREASES DURING A TIME OF NATIONAL RECESSION. DR. FRIESEN DECIDED, HE REMEMBERS, TO "OPEN THE DOORS" AND SEEK INSIGHT AND ADVICE VERY BROADLY. HIS FIRST MAJOR INITIATIVE WAS TO INSTITUTE AN EXTENSIVE STRATEGIC PLANNING PROCESS, ONE THAT WOULD INVOLVE THE GRASSROOTS, THE GROUND LEVEL, RESEARCHERS YOUNG AND OLD. "THAT, IN MY VIEW, WAS PROBABLY THE MOST IMPORTANT DECISION I TOOK AS PRESIDENT."

It was the most comprehensive and exhaustive self-appraisal in MRC history, organized with help from Pat Lafferty of Coopers & Lybrand. Driven by what seemed an impossibly strict timetable, some 3,000 health science researchers and others participated in more than 200 self-managed discussion groups. Approximately 500 of these people then each devoted a full day to university-hosted

workshops on options and strategies. The process culminated in a two-day national convention of prominent stakeholders in Ottawa in May, 1992. In February 1993 the result was unveiled in the form of a 34 page document, *Investing in Canada's Health: A Strategic Plan for the Medical Research Council of Canada*.

Dr. Friesen was not a passive or disinterested leader during the planning process. His bias, as he spelled it out in his first annual report, was in favour of "new directions, new initiatives, new approaches, new experiments and new policies." He was particularly interested in fostering partnership agreements with both private industry and volunteer and other non-profit agencies — ultimately with virtually anyone interested in injecting dollars and energy into health research. An observer at 1992's summit conference was bemused to witness Dr. Friesen's quiet persistence in orchestrating straw votes favouring the directions in which he hoped to move. Everyone realized that there was considerable concern about change in the MRC's traditional constituency. MRC's budget was already over-stretched. If MRC decided to try to parcel out the cake to a host of new players, somebody, maybe everybody, was going to be hungry.

MRC was founded in a simpler time to build on the visions and striking achievements of the first generation of great Canadian medical researchers ... in the heyday of the white-coated researcher working the night away in a quiet laboratory... We now live in a much more intricate world of changing issues, disciplines, institutions, and research needs. To continue to exercise leadership in that world, we have to broaden our vision.

INVESTING IN CANADA'S HEALTH: A STRATEGIC
PLAN FOR THE MEDICAL RESEARCH COUNCIL
OF CANADA

Investing in Canada's Health

The Strategic Plan was a carefully phrased bridging of the MRC's traditional mandate and the new directions in which Dr. Friesen and others hoped to move. It committed MRC to building on existing strengths by optimizing career development, the peer-review process, the setting of priorities, program review, and improvements in administration. More important, MRC was to broaden its vision to encompass the whole range of health science research and expand through networking and multi-sectoral partnerships, information sharing, better coordination with public policy, and more emphasis on outcomes measurement. "MRC

recognizes that its mission is to be more than a granting agency," the document stated. "MRC must increasingly become a coordinator, a consensus builder, a clearinghouse of research and information, and a powerful voice of Canadian health sciences research." In all areas of its mission MRC was to emphasize accountability and evaluation. The Strategic Plan was to be fully implemented within five years.

Most of us grew up with the instinctive belief that fostering better health through research meant giving a grant to a biomedical scientist or a clinician at a university or a teaching hospital. Most often it still does. But as we probe the complex social aspects of health, we may find ourselves supporting projects proposed by an economist, an engineer, a bioethicist, a statistician, a health policy analyst, and others, often working together, often in teams in different cities or countries.

INVESTING IN CANADA'S
HEALTH: A STRATEGIC PLAN
FOR THE MEDICAL RESEARCH
COUNCIL OF CANADA



THE MEDICAL RESEARCH COUNCIL OF CANADA IN THE 1980S

GRANTING AGENCY

The Virtuous Cycle

The landscape at MRC in the nineties had a way of changing faster than it could be mapped. The concept underlying the strategic plan's title, *Investing in Canada's Health*, already reflected, for example, the decade's heavy emphasis on research as an investment whose pay-offs and spin-offs to Canadians could be quantified. Well before publication of the Strategic Plan, MRC had agreed to partner with government and other agencies as administrator of the Canadian Human Genome Analysis and Technology Program. With researchers interested in such new fields as the social determinants of health now sitting on Council, the document's call for a broadening of Council's activities into new areas was a relief to a cake already in the oven. And consider this sign of momentum: The official Strategic Plan of the Medical Research Council of Canada did not once use the phrase "medical research." That concept was already seen as old-fashioned, narrow, on its way to becoming politically incorrect.

In 1993 MRC hatched a flock of advisory committees to work on implementation of the Strategic Plan. They were devoted to science; programs; peer review; partnerships; finances and resources; career pathways; women's health; information systems and technology; communications; and policy, planning, analysis, and evaluation. Hearings were held across the country to receive

feedback; regional directors were appointed to MRC to improve communications with the research community. Although Dr. Friesen kept the central secretariat lean to the point of anorexia, the bureaucrats tried hard to avoid becoming isolated and out of touch. MRC's newsletter was redesigned and expanded in 1994 as *MRC Communiqué*. Links and coordinating activities with the other granting agencies were expanded.

A major new strategic alliance, rooted in several years of increasing cooperation, was cemented in 1993's formal partnership agreement between MRC and the Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada (PMAC), expected to generate \$200 million worth of industry-sponsored, MRC peer-reviewed research in five years. In 1994 a major collaborative initiative was begun with the Juvenile Diabetes Foundation and MRC became a major partner in the Canadian Breast Cancer Research Initiative. At its March 1994 meeting, Council approved some 150 recommendations of the implementation committees. Some were literally motherhood issues, as MRC endorsed policies to try to minimize barriers to greater women's involvement in the research effort and to expand research in women's health.

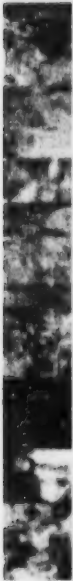
The PMAC arrangement and other partnerships with private industry had a fair share of growing pains. Curiosity-driven academics and profit-seeking businessmen had to feel one another

out. Judy Erola, the former cabinet minister who headed PMAC, remembered industry's worries about subsidizing "what we call 'black-hole science' where nobody was accountable to anyone In industry you must have an agenda, a timetable, you must have deliverables, and scientists are notorious for swallowing up endless amounts of money." MRC accepted the timetables as its part of the bargain. In turn PMAC had to accept the peer review that was the academics' *sine qua non*. In the first five years of the partnership PMAC companies invested \$203 million, the MRC \$32 million, and some 900 projects were launched.

The collaborative spirit was a breath of fresh air to a cadre of entrepreneurial scientists, some very young, others, such as London, Ontario's Cal Stiller, who had been chafing for years at MRC's apparent conservatism. In 1994 Dr. Friesen encouraged Stiller to develop, under MRC's initial sponsorship and with several other partners, what became the Canadian Medical Discoveries Fund (CMDf). It was a tax-advantaged investment fund that would funnel more than \$250 million in the 1990s into research-based commercial ventures in the life sciences. One of CMDf's spin-off ventures, University Medical Discoveries Inc., became an idea incubator seed company, investing in university ventures and spinning out still more new companies.

In the early years of partnership planning Stiller had worked with American consultants on the role of research & development

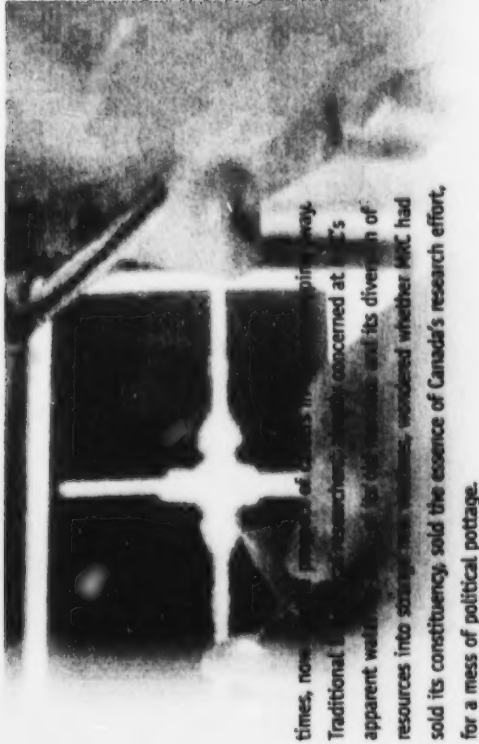
spending, and as a result brought to Canadian discourse about medical research the concept of the "virtuous cycle" of R&D investment and wealth creation. The concept was that government had to invest in the fundamental platform for basic research, and then venture capital and seed money and startup money occurred, leading ultimately to corporate involvement and then a return through taxes and through direct investment ... back to the fundamental platform." The idea of the virtuous cycle became the most powerful rationale for the new initiatives, used by the private sector, the public sector, and MRC in between, to explain and justify their vision. The take-off of the Canadian biotechnology industry in the 1990s, often from seeds watered by MRC grants, seemed proof that the vision was sound.



Chapter 3: Hard Times Austerity and Angst

THEN THE PLATFORM THREATENED TO COLLAPSE. IN THE MID-90S THE GOVERNMENT OF CANADA FINALLY HAD TO ABANDON A 20-YEAR HABIT OF RELYING ON BORROWING TO FINANCE ANNUAL BUDGETARY DEFICITS. IN THE SERIOUS AUSTERITY PROGRAM ANNOUNCED BY THE MINISTER OF FINANCE IN FEBRUARY 1995, MRC WAS TO SEE ITS BASE BUDGET SLASHED BY CUMULATIVE ANNUAL REDUCTIONS TOTALLING 13 PERCENT (FROM \$267 TO \$237 MILLION) BY 1997-98.

While other programs and granting councils were hit harder than MRC, and while there had been earlier periods of retrenchment in terms of constant dollars, this round of deep and possibly permanent cuts, coming at this moment in MRC's already-controversial evolution, sparked unprecedented alarm in the research community. As MRC cut the percentage of acceptable grant applications it could fund, slashed its average funding for all worthy projects, and lost its capacity for creative new spending, morale plummeted. Young scientists, for whom getting established was a fierce competitive struggle at the best of



times, now found of cuts in their funding way. Traditional researchers, who were concerned at MRC's apparent willingness to cut its research and its diversion of resources into strange new ventures, wondered whether MRC had sold its constituency, sold the essence of Canada's research effort, for a mess of political pottage.

I recognized in leadership that you exercise your best judgment, you draw advice broadly, you listen carefully — and we had listened more carefully than ever before to literally thousands, and it didn't seem reasonable to me that having invested so much effort to gauge and gain the input and advice, that we would at that point suddenly say when the going got tough, 'we were wrong, we were misguided.'

Henry Friesen

"People were polite to me, but ... there were fairly strong views expressed," Dr. Friesen remembered. Stiller was more blunt: "He was under attack as no other MRC president had ever been ... the scientific community was almost in a lynching mood The intensity of the criticism was cruel Dr. Friesen spent a lot of time in universities talking to hostile crowds ... he built political

capital because he said, 'The reality is that there isn't any money When the world changes, I will be putting forward the new reality.'"

Dr. Friesen and his embattled secretariat decided they had to stay the course. There was no alternative, not least because it was apparent in Ottawa that no return to the old granting agency was possible. Politicians and senior civil servants in other ministries had an image of the old MRC as having been a kind of private preserve for narrowly focussed researchers, resistant to change, not helpful, constructive, or even grateful. It became common in Ottawa to remark that one almost never heard researchers say "thank you" to anyone for the public money given them.

If to some laboratory workers the MRC had become a distant, politically co-opted establishment, to other scientists the old expectations were simply unsustainable. How could one realistically question the need to get Canada's finances back under control? "They were really criticizing the country," Lou Siminovitch remarks of Dr. Friesen's critics. Dr. Friesen himself increased his efforts to explain to the community that the future of research simply could not be along the old well-



Dr. Friesen in the Order of Canada in the

trodden path. His "five pathways" speeches and articles sometimes seemed to have been come from the mind of a Memnonite Confucius. Friends, colleagues, and MRC beneficiaries began to rally round the organization, most notably with the creation in 1996 by Auble Angel (who had just served a term as the MRC's first scholar-in-residence) of the Alumni and Friends of the Medical Research Council.

International Peer Review

As forecast in the Strategic Plan, MRC itself underwent "peer review." In 1996 an International Review Panel (IRP), chaired by Arnold Neimark, president of the University of Manitoba, was invited to assess everything about MRC's operations and plans. The IRP carried out a searching appraisal, apparently unprecedented in the history of Canadian granting councils, over six months. Its report was generally laudatory: "The Medical Research Council of Canada is an outstanding agency under dynamic and imaginative leadership doing first rate, internationally significant work in increasingly challenging circumstances. It fully merits the loyalty and support of the research community and the confidence placed in it by the Government and people of Canada."

The panel drew attention to areas of unevenness in MRC's implementation of the Strategic Plan and, somewhat fetchingly

criticized the Ottawa secretariat for trying to do too much with too little in the way of senior staff. In general it was highly supportive of the new directions MRC had taken in the 90s, encouraged more progress along those lines, and suggested that the time had come for MRC to change its name to become the Health Sciences Research Council of Canada. Much more significantly, the panel warned of "a high degree of malaise in the biomedical research community" and added its authority to the mounting campaign to convince Ottawa that sustained austerity would gut the Canadian health research investment effort. "We are deeply concerned that unless additional support is provided soon the foundation of health sciences research in Canada will crumble ... Too much of Canada's potential for research discovery is being lost."





Discussing the creation of the Canadian Neurotrauma Research Program with Canadian hero Rick Hansen.

18 THE NORTHERN RESEARCH COUNCIL OF CANADA IN THE 1990S

BEYOND THE GRANTING AGENCY



Chapter 4: Towards CIHR What Next?

IN THE LATE 90S MRC CONTINUED TO BROADEN ITS ACTIVITIES ALONG LINES ENDORSED BY BOTH THE STRATEGIC PLAN AND THE INTERNATIONAL REVIEW — DEVELOPING NEW PARTNERSHIPS AND NETWORKS WITH INDUSTRY, GOVERNMENTS, AND RESEARCH-INTERESTED ORGANIZATIONS AT HOME AND ABROAD. IT NOW HAD STANDING COMMITTEES ON SCIENCE AND RESEARCH, PLANNING AND DEVELOPMENT, BUSINESS DEVELOPMENT, AND ETHICS. ONE OF 1998'S NOTABLE PUBLICATIONS WAS THE TRI-COUNCIL POLICY STATEMENT, *ETHICAL CONDUCT FOR RESEARCH INVOLVING HUMANS*. THIS WAS THE CULMINATION OF ALMOST FORTY YEARS OF EVOLVING MRC POLICY ON RESEARCH ETHICS, WHICH HAD FIRST FOCUSED ON BIOMEDICAL ACTIVITIES, BUT WAS NOW EXTENDED BROADLY ACROSS ALL DISCIPLINES WITH THE SUPPORT OF NSERC AND SSHRC. CANADA BECAME THE FIRST COUNTRY TO FORMULATE SUCH AN INCLUSIVE POLICY.

The report of the International Review Panel generated a new round of discussion about how to update MRC's strategies. These sessions, a series of six retreats in the spring of 1997, became instantly, inevitably entangled with the morale, malaise,

and funding problems. What could be done to stop the erosion of Canada's research platform?

Glimmers of light at the end of the Government of Canada's austerity tunnel were beginning to appear. New initiatives involving health research began popping up in budget statements. 1996 had seen the announcement of what became the Canadian Health Services Research Foundation. The next year Ottawa launched the largest single investment ever made in Canada's research system, the Canada Foundation for Innovation, to channel some \$800 million over five years into research infrastructure in universities and hospitals. In 1998 the Minister of Finance was able to restore funding to the major granting agencies to the levels of 1994-95, which for the MRC would mean additional funding of some \$130 million over three years. "A grateful Council quickly approved 109 additional operating grants, extended the funding of 26 others, restored a clinical trials competition, funded all

approved equipment grants and reduced the cuts applied to project budgets," the president reported. "All measures were applied retroactively to the September 1997 competition ... greatly heartening Canada's health-research community."

Ottawa and Canadians had not wavered in their underlying commitment to support medical or health research. There was no lack of good will. Now in a climate of good times there might well be enthusiasm for more new initiatives.

MRC could not rest content at even the restored budget levels. Most other G-7 countries, led by the United States, had been increasing their allocations for research all the while that Canada had been retrenching. With Congress considering proposals to double the budget of the U.S. National Institutes of Health over a five-year period, and with the spectacular overall boom in the American economy, the competitive disadvantages of doing research in Canada were becoming appalling.

"There is no level playing-field," an internal MRC policy document concluded in 1997. "American-based researchers will continue to work with larger grants and better facilities. Canadian researchers, especially the 'stars' whom we already lose in disproportionate numbers, will continue to be attracted to the United States by such opportunities. Prospects of repatriating them or their work

will continue to shrink. With comparatively less basic research being done in Canada, there will be relatively fewer opportunities for Canadian companies to develop the achievements of Canadian scientists."

No one at MRC believed that Canadian politicians would buy into proposals simply to keep on raising MRC's base budget. In any case, the logic of Council's broadening-out strategy, combined with the president's emphasis on the need for "outside-the-box" thinking, suggested that the time had come to pull all the developments of the past few years together into a new vision.

To my mind, it was absolutely essential that MRC move into the broader mandate for the simple reason that if you just do biomedical research you're only part of the spectrum. Whereas if you engage in the full range of health research, instead of simply a source of increased costs to health care, you are then also part of the solution Francis Rollston

Conceiving the Institutes

Notions of creating Canadian "institutes" of medical research had surfaced in MRC discussions off and on for almost forty years. Usually they quickly sank because they were proposals for stand-alone bricks-and-mortar research institutes or transparently wishful dreams of imitating the American NIH system. (There was one suggestion, never debated, of simply merging with NIH, whose generosity in supporting Canadian scientists has perhaps never been fully appreciated among Canadians at large.) The idea cropped up again during the often-cacophonous 1997 retreats, sometimes in association with the proposed name change, sometimes linked with the Networks of Centres of Excellence, sometimes even with the image of the government's recent "Team Canada" trade missions.

At a small meeting to discuss strategic priorities in Toronto on September 30, 1997 (attended by this author), Dr. Henry Friesen floated as a "trial balloon" the idea of the federal government creating "a Canadian National Institutes of Health system," not as a clone of NIH but building on the existing university network. The idea seemed exciting to some, and it gradually gained currency in MRC strategizing that autumn and winter.

THE FIRST MENTION OF CIHR: We have to be consistent with our strategic plan. We have to acknowledge what government has done — the Networks of Centres of Excellence, Technology Partnerships, Canada Foundation for Innovation. Could the government create a Canadian National Institutes of Health system? One model might be 16 major universities each having a focus or two? — embracing 20,000 scientists, — more vibrant, dynamic system — what would it look like. Analogy to Max Planck [research institutes in Germany]. — just thrown out as a trial balloon. — whole point would be to reinforce the investment in the national infrastructure. —

NOTES OF HENRY FRIESEN'S REMARKS AT AN MRC STRATEGY PLANNING MEETING, SEPTEMBER 30, 1997.

Congratulating: SAC Council Member Dr. David L. Smith on her appointment to the Order of Canada.



Smiles abound at the launch of the CIHR in February 1999. Joining Dr. Friesen at the Institut de recherches cliniques de Montreal (IRCM) are Health Minister Allan Rock, IRCM Director Dr. Jacques Gosselin and Council Member Dr. Anne Menkes.



The Medical Research Council of Canada in the 1990s

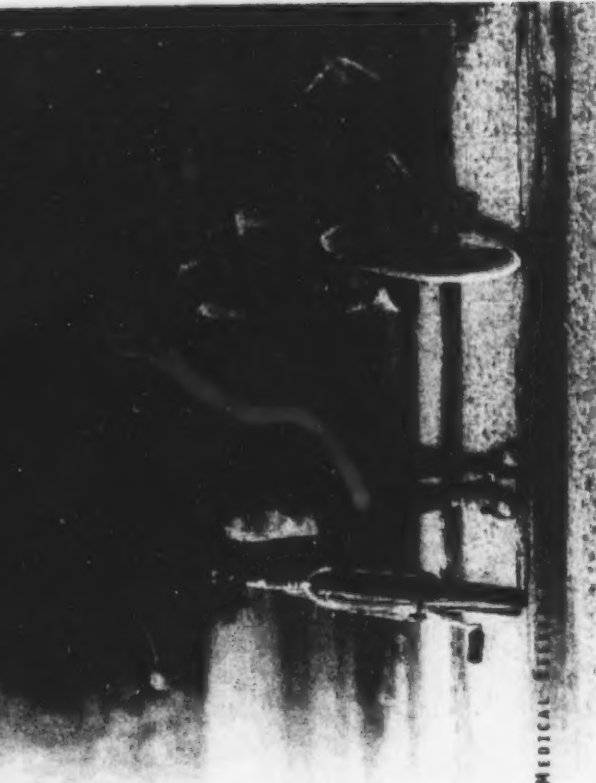
Beyond the Research Agency

Dr. Friesen clearly decided to see how far he could run with the idea. As soon as it was before Council in March 1998 as an item in a draft policy document, he asked for and received support in principle. "This is very quick, virtually breathtaking movement," a participant observed, "like a general who launches an attack while his strategists are still trying to draw up a plan of battle." That very evening at a special dinner Dr. Friesen began to lobby Minister of Health, Allan Rock, about the idea. "Staff and Council members (and the Minister for that matter) are all breathless after Henry's pre-emptive strike/rocket launch," a senior staffer wrote the next day. "The Canadian National Institutes of Health idea has overtaken everything."

No one, possibly including Dr. Friesen himself, was as yet quite sure how the concept might actually work. Brainstorming immediately began to flesh it out, first at the MRC then in a select task force made of up representatives from potential stakeholder groups. By his October 1998 report to the Minister, Dr. Friesen was able to explain the concept as follows:

By proposing to bring together the dynamic forces within the country in the area of health research, the Institutes project reflects the spirit of partnership, a formula which has proven successful in many other fields. The Canadian research community is a virtual network of partners. While many Canadian researchers

have already adopted a culture based on close collaboration, it is an extraordinary opportunity for the Canadian government to extend this culture now to the actual structure of the health research system. By capturing the full spectrum of health research into a virtual consortium, the Canadian Institutes of Health Research could establish a new framework for interdisciplinary research which will permit sharing on a national scale of skills, knowledge and expertise in public health, primary public health needs, child health, mental health, infectious diseases, cardiovascular disease, cancer, and other areas of public health research.



BEYOND THE GRANTING AGENCY

THE MEDICAL ETHIC

Selling CIHR

Dr. Friesen had to sell the CIHR concept - sell it to the universities, the hospitals, above all to a government that would be asked for funding at levels far higher than the old MRC base budget. In this campaign he was able to draw on an extraordinary stock of goodwill accumulated during his years of leadership at MRC, indeed during his lifetime in Canadian science.

Dr. Friesen had a reputation as being utterly sincere, the soul of integrity, and completely apolitical. His close friends and former badminton partners knew that he was stubborn almost to a fault and that he always played to win. As Kevin Keough remarks, MRC's apolitical president had become enormously politically acute. In his own organization, occasional grumbling about his priorities was almost always subsumed in fierce personal loyalty. But Dr. Friesen had not fallen into the trap of surrounding himself with sycophants. Knowledgeable observers thought the quality of people employed and volunteering to work at the MRC Secretariat at McGill Cross was higher than at any time in MRC's history.

It's not an easy task to work for Henry He's very demanding, but he gives so much that you go way beyond what you would like to give, and it's done naturally, and you never feel tired when you work with Henry because there's always a lot of enthusiasm around Sometimes I would work through a dossier thoroughly, as I thought, and try to brief him, and immediately he saw the loopholes He's very close to his troops. Claude Roy

Throughout the time of troubles, Dr. Friesen had maintained the support of almost all of Canada's deans of medicine and university research vice-presidents, and most of them eagerly signed on to the new Institutes initiative. To MRC's newer partners in industry and the volunteer agencies, Dr. Friesen was a researcher with both a great reputation and a credible and attractive new vision. As Judy Erola of PMAC pointed out, the Dr. Friesen initiatives at MRC had built a new trust relationship between industry and science. To the surprise of scientists who saw the private sector as fundamentally antagonistic to government spending (and whose doubts about the PMAC partnership still lingered at the end of the 1990s), industry readily endorsed MRC's vision of improving the public research platform. "We worked very closely with the



scientists, with Henry, and a whole group of people within the Medical Research Council to put pressure on the government to put that money back into the system, because industry cannot replace it, nor is it industry's role to do that ..."

For someone who is in effect a government bureaucrat to take on the mission of transforming a government agency as he has ... is very, very unusual not just in Canada but elsewhere There's no one in the country who has questioned his motives. HUMAN MURDER-BLUN

Dr. Friesen's greatest strength was his credibility in Ottawa. He had taken the old MRC and modernized it, had doggedly held his course in hard times and in stormy weather, had put his organization through a tough international review, and emerged from these experiences in a very strong position to present his case. He remembered being able to take the battle into the government's own camp:

We began to say, if we really believe research is important to a modern health care system and should underpin it, how could it be that the very people who are critical of MRC not having invested in this area, those who manage much bigger envelopes of funding,

the deputy ministers of health, have never even discussed research in any of their meetings? This borders on negligence ... no other sector that is in charge of a \$70 billion enterprise in a modern setting would not at each board meeting ask the management, 'How's our research pipeline? What are the new and exciting things that are happening that will keep our sector competitive?' ... And the corollary of that is, 'And by the way how much are you investing in research in support of the sector that you say is the defining characteristic valued by all Canadians?' And so the fundamental proposition could be advanced: Maybe all the stress and strain that's on the Canadian health care system now is in part the result of the sustained chronic neglect of research

The fact that MRC had positioned itself with partnerships, had expanded its mandate, had subjected itself to this review ... all these things helped position MRC and particularly Henry in a good way to really get the general acceptance, first by the minister and then by the whole government, of this whole new concept of CIHR. The buy-in was helped by some of the actions that had been taken earlier ... If it hadn't been for Henry, it wouldn't have happened. If it hadn't been for the support of the Medical Research Council it wouldn't have happened. If it hadn't been for a lot of other people, it wouldn't have happened KEVIN KEOLICH



Talking about the future of health research with Pavel Hamet, Director of the Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal (CHUM) Research Centre, Patrick Vinay, Dean of Medicine at the Université de Montréal and Bob Phillips, Executive Director of the National Cancer Institute of Canada.

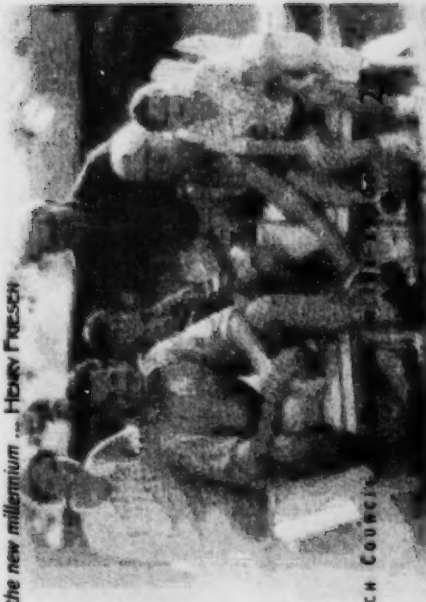
Celebrating the creation of the CIHR at the Chateau Laurier in March 1999 with MAC Council Member Dr. Robert McMurtry, Ontario Deputy Minister of Health Jeff Lozer, M.P. for London West Sue Barnes, and Health Minister Allan Rock.

Success

Exactly how and why the Government of Canada decided to accept the MRC's proposal is a matter for further research. The Honourable Allan Rock, Minister of Health, later spoke publicly of how Dr. Friesen "brought together an extraordinary coalition of investigators from the various disciplines. You can imagine ... the political obstacles and the challenges he overcame. He developed common ground with disparate interests and he forged for us a proposal that's going to revolutionize health research for now and into the twenty-first century." ¹⁸ Idea that Canada was pioneering in its multidisciplinary approach to health research, potentially leading the world, seemed particularly impressive. Creation of the Canadian Institutes of Health Research was announced to the public on February 18, 1993, at a press conference in Montreal attended by Prime Minister Jean Chrétien, Allan Rock, and Dr. Friesen. Two days earlier, the federal budget had forecast funding for CIHR over the next three years at levels designed to bring the annual budget of the new institutes to \$484 million by 2002, a doubling of the levels of the late 90s.

Henry Friesen was asked to chair the Interim Governing Council of CIHR. In April 2000, MRC would be absorbed into the new organization. The old granting agency would disappear and the Canadian Institutes would begin to chart their course, and the course of Canadian health research, into the 21st century.

I hope the MRC will be remembered as the birthplace of health research in Canada as it is reborn as the Canadian Institutes of Health Research. The future begins today: Canadian researchers will one day recall that it all began in 1999, at the turn of the century and the dawn of the new millennium ... Henry Friesen



Le Conseil de recherches médicales
dans les années 90

Au-delà de l'organisme subventionnaire



Conseil de recherches
médicales du Canada

Medical Research
Council of Canada

Canada

Partenaires de l'Héritage du CRM

ASTRA ZENCA
FONDS BOURGESS WELLCOME
UNIVERSITÉ MCGILL
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
UNIVERSITÉ DE TORONTO

Commanditaires de l'Héritage du CRM

Anciens et Amis du CRM
Association des facultés de médecine du Canada (Repas du symposium)
Baycrest Hospital
BioChem Pharma
Centre de recherche de Saint-Boniface
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Fonds de découvertes médicales canadiennes
Glaxo Wellcome
Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada
Merck Frosst
Pfizer
Pharmacia & Upjohn Inc. (Pour l'hommage à l'excellence)
Samuel Lunenfeld Research Institute of Mount Sinai Hospital
Université de l'Alberta
Université de Calgary
Université de la Colombie-Britannique
Université de la Saskatchewan
Université Western Ontario
Université d'Ottawa
Université du Manitoba
University Health Network
Université Laval
Université McMaster
Université Queen's
WorldHeart Corporation
Wyeth-Ayerst Canada Inc.



Le Conseil de recherches médicales
dans les années 90

Au-delà de l'organisme subventionnaire

par Michael Bliss



Conseil de recherches
médicales du Canada

Medical Research
Council of Canada

Canada

Conseil de recherches médicales du Canada

Holland Cross

Tour B, 5^e étage

1600, rue Scott

Localisateur postal : 3105A

OTTAWA (ONTARIO) CANADA

K1A 0W9



© Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000

N^o de cat. NR21-20/2000

ISSN 0-662-44891-9



Table des matières

Préface de l'auteur	3
Chapitre I : Le CRM et la nouvelle conjoncture	7
Chapitre II : Un plan stratégique	11
Chapitre III : Des temps difficiles	15
Chapitre IV : Tracer la route des IRSC	19

Préface de l'auteur

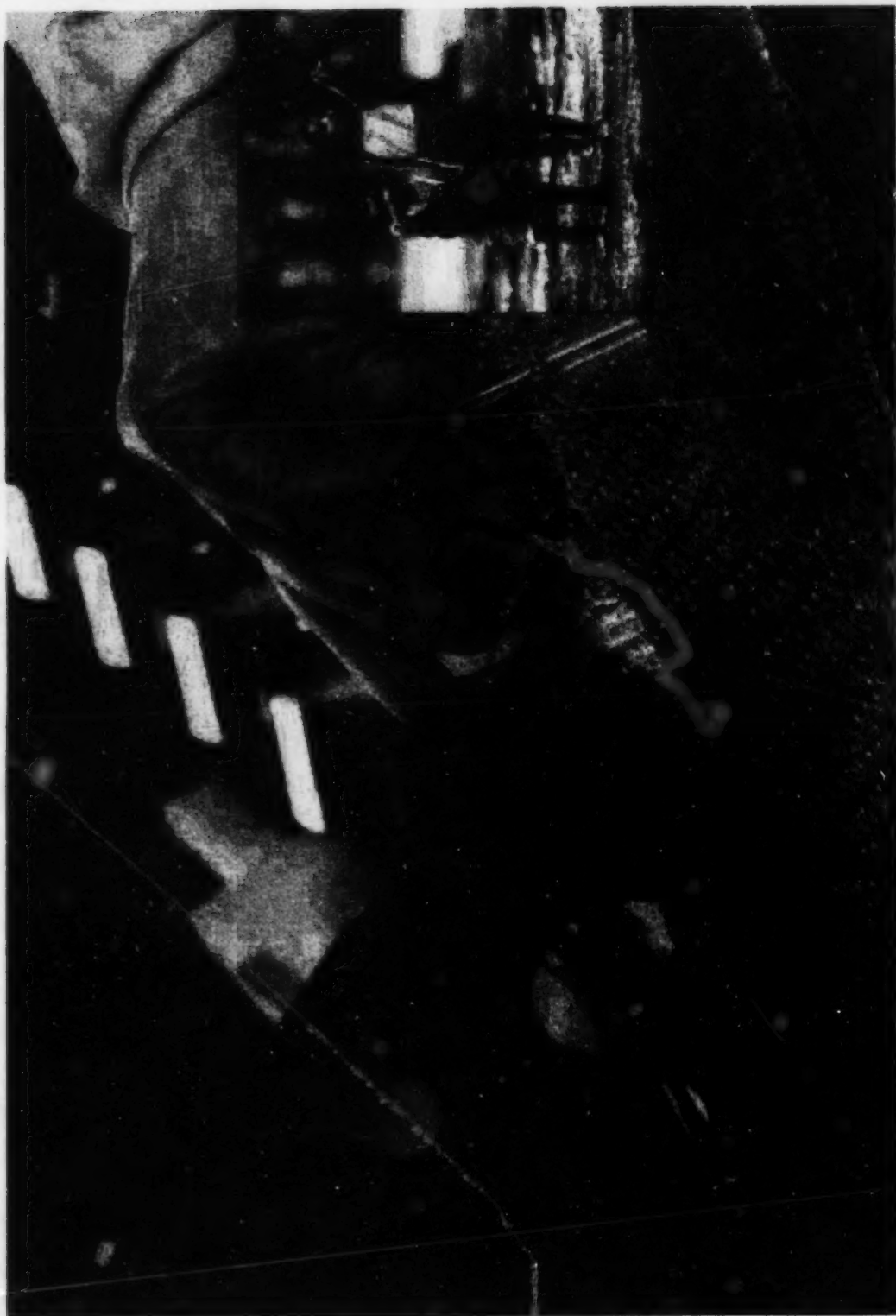
En décembre 1999, Aubie Angel m'a demandé, au nom de l'association des amis et anciens du Conseil de recherches médicales (CRM) du Canada, d'écrire un aperçu de l'histoire du CRM dans les années 90, en prévision de la célébration en mars 2000 de l'héritage du Conseil. Forcément, il ne pouvait s'agir que d'un bref résumé, ce qu'on appelle parfois une ébauche de l'histoire, une tentative de retracer les moments forts de l'évolution du CRM en cette période de grands changements qui se termine bien entendu avec la cessation officielle du Conseil et la création des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

L'histoire complète du CRM reste à faire. Le temps et l'espace qui nous ont été alloués ne nous ont pas permis de relater toutes les histoires que les personnes associées au CRM considèrent comme les plus importantes de cette période. Il n'a pas été possible non plus de raconter le malaise vécu de temps à autre, ni de faire le récit des milliers de

développements et de percées scientifiques issus des travaux menés dans les différents laboratoires et lieux de travail d'un bout à l'autre du pays, avec l'appui du CRM et de la population canadienne.

Je suis redevable à Elizabeth Hulise pour les services de recherche qu'elle m'a rendus et, tout particulièrement, pour les entrevues qu'elle a menées auprès des principales personnalités de l'histoire récente du CRM. Nous avons tenté d'entrer en contact avec le plus grand nombre possible de ces personnes dans le bref délai qui nous a été accordé. Nous remercions toutes les personnes qui ont donné de leur temps. Nous nous excusons auprès de celles avec qui nous aurions dû communiquer à des fins d'entrevue, et nous plaçons le manque de temps. Nous remercions plus particulièrement Marcel Chartrand du secrétariat du CRM pour les services de soutien logistique qu'il nous a fournis. Sauf indication contraire, les interprétations données dans le présent document sont de l'auteur.

MICHAEL BLISS
Université de Toronto
LE 9 février 2000





Chapitre I : Le CRM et la nouvelle conjoncture L'héritage

L'ÉDIFICATION DU CONSEIL DE RECHERCHES MÉDICALES (CRM) AU COURS DES TROIS DÉCENNIES DEPUIS SA CRÉATION RELATIVEMENT TARDIVE EN 1960 EN TANT QU'ORGANISME AUTONOME DÉTACHÉ DU CONSEIL NATIONAL DE RECHERCHES (CNR) N'EST PAS UNE MINCE AFFAIRE. DES DIZAINES, PUIS DES CENTAINES, PUIS DES MILLIERS DE SCIENTIFIQUES ONT DONNÉ DE LEUR TEMPS EN VUE D'ÉLABORER LES STRUCTURES ET LES PROCÉDURES DU PRINCIPAL ORGANISME CANADIEN DE SOUTIEN DE LA RECHERCHE BIOMÉDICALE. LE CRM A RATTRAPÉ SES HOMOLOGUES DANS D'AUTRES PAYS, ET IL A JOUÉ RAPIDEMENT D'UNE EXCELLENTE RÉPUTATION À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE EN RAISON DE SON ENGAGEMENT À L'EXCELLENCE DE LA RECHERCHE AU MOYEN DE L'EXAMEN PAR DES PEERS.

Rien n'a été facile. Les décisions fondamentales ont été prises dans un climat de débats intenses portant sur diverses questions, notamment la centralisation par opposition à la décentralisation de l'organisation de la recherche, la science fondamentale versus la science appliquée, la recherche déterminée par le chercheur par opposition à la recherche fermée, les meilleures formules de subventions, le positionnement du CRM dans l'environnement changeant et hautement politique d'Ottawa, et la nécessité continue d'obtenir un financement plus important et plus sûr.

AU-DELA DE L'ORGANISME SUBVENTIONNAIRE

Outre les problèmes à court terme qui se sont posés occasionnellement, la population canadienne et ses gouvernements en sont venus à considérer que le financement de la recherche était un moyen d'améliorer la santé des Canadiens et Canadiennes. La contribution du gouvernement canadien au financement du CRM s'est multipliée par près de cent fois, passant de 2,3 millions de dollars en 1960 à plus de 200 millions de dollars trente ans plus tard. Le financement de la recherche médicale par le gouvernement fédéral au moyen d'un organisme subventionnaire offrant un vaste choix de programmes et doté de procédures bien définies faisait maintenant partie des moeurs canadiennes.

Les quatre premiers présidents du CRM, Ray Farquharson, Malcolm Brown, René Simard et Pierre Bois, pouvaient se dire très satisfaits, non seulement de la croissance de l'organisme, mais aussi du fait que les chercheurs financés par le CRM étaient récompensés par les bourses Gairdner et d'autres formes de reconnaissance internationale. La confiance que la population canadienne faisait à ses chercheurs était justifiée. Le CRM était devenu un organisme subventionnaire modèle.

Un avenir incertain

À la fin des années 80, le milieu dans lequel évoluait le CRM changeait. La recherche scientifique était devenue beaucoup plus complexe, plus passionnante et prometteuse, mais aussi beaucoup plus dispendieuse. L'axe de recherche traditionnel entre les facultés de médecine et le CRM était modifié progressivement

LE CONSEIL DE RECHERCHES MÉDICALES DANS LES ANNÉES 90

par l'arrivée d'instituts de recherche autonomes et en milieu hospitalier, l'augmentation du nombre d'organismes bénévoles axés sur des maladies spécifiques, l'apparition de nouvelles disciplines relatives à la santé dans les sciences fondamentales et appliquées, etc.

Queques tendances sont venues à maturité dans les années 90. Premièrement, la connaissance et la technologie scientifiques avaient fait des progrès importants, et les coûts du passage à la prochaine étape de la recherche comportant l'utilisation de techniques de plus en plus sophistiquées étaient très élevés. En outre, au fur et à mesure que les moyens scientifiques déclinèrent, la recherche se différenciant de plus en plus et devenait plus spécialisée, ce qui nécessitait du personnel spécialisé et des équipes de recherche, plutôt que le traditionnel chercheur individuel indépendant. En plus du fardeau que représentaient ces développements pour les établissements individuels, il est devenu clair que certaines questions dépassaient même les capacités des plus grands établissements [...] C'est aussi au cours des années 90 que les rapports avec le secteur privé sont devenus plus fréquents et importants [...] Lorsque je pense à la façon dont les choses se passaient à la fin des années 60 et au début des années 70, bien que la plupart des changements qui se sont produits aient pris racine à cette époque, je ne crois pas que personne aurait pu imaginer l'ampleur et la rapidité des changements.

ARNOLD NAUMARK

L'engagement des gouvernements à financer la recherche scientifique avait toujours été modéré par des considérations à court terme, et leur générosité n'était pas aussi grande que ne l'indiquaient les chiffres bruts une fois rajustés en fonction de l'inflation. Les gouvernements avaient commencé à mettre en question la perspective de financer à l'infini des scientifiques universitaires qui croyaient fermement que les fonds de recherche leur revenaient de droit. Dans les années 70, la tendance de l'après-guerre d'étendre continuellement l'activité

gouvernementale en fonction des recettes en hausse constante a commencé à s'échouer sur les grèves de la stagflation. Dans les années 80, plus particulièrement après que le Parti libéral a été remplacé par le Parti conservateur à la tête du gouvernement, il est devenu clair que le gouvernement n'avait pas l'intention d'entretenir indéfiniment le milieu de la recherche.

Le gouvernement s'attendait à ce que ses organismes subventionnaires soient moins passifs, plus proactifs et innovateurs, et qu'ils participent davantage dans le monde à l'extérieur d'Ottawa et des universités.

Le CRM a commencé, dès le début des années 80, à donner suite aux nouvelles intentions du gouvernement. Pierre Bois, président du CRM pendant toute la décennie, a mis l'accent sur la planification, et il a averti les membres de la communauté scientifique qu'ils n'étaient pas imperméables aux changements socioéconomiques. En 1984, le Comité de planification des priorités du CRM a commencé à examiner la possibilité d'établir des partenariats entre les universités et l'industrie et, peu après, le CRM a financé des projets conjoints

universités-industrie et d'autres projets pilotes de collaboration. Il avait déjà commencé à appuyer des projets de recherche interdisciplinaires multicentriques, et il avait étendu la sphère de son activité dans des nouveaux domaines comme la biotechnologie. Tout comme le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG) et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), le CRM a collaboré activement à la mise en oeuvre du programme de réseaux de centres d'excellence du gouvernement

Mulroney. Cinq des quatorze premiers réseaux mis sur pied avaient pour objet les sciences de la santé, et ils étaient financés ou cofinancés par le CRM. Au cours de la même période, le CRM a commencé à examiner ses procédures, à réfléchir à ses priorités et à étudier des stratégies d'avenir, ce qui convenait à un organisme arrivant à maturité.

Une nouvelle direction



Henry Friesen, M.D.

En octobre 1991, Henry Friesen, directeur du Département de physiologie de l'Université du Manitoba depuis 1973 et coordonnateur du programme de l'endocrinologie et du métabolisme, a été nommé président du CRM. Fils de parents mennonites, le Dr Friesen a obtenu son doctorat en médecine de l'Université du Manitoba en 1958. Il a ensuite obtenu des bourses de recherche à Boston et à Montréal. Il a enseigné brièvement à l'Université Tufts et à

l'Université McGill avant de retourner au Manitoba. On peut dire que le Département de physiologie qu'il a dirigé était le meilleur du pays dans les années 80. Le Dr Friesen était devenu un des scientifiques canadiens les plus éminents. Il a reçu le Prix de la Fondation Gairdner en 1977 pour sa recherche sur les hormones galactogènes, notamment la prolactine humaine. Il a été membre du CRM au début des années 80, et il a dirigé un projet sur

l'efficacité de l'hormone de croissance humaine, un des projets du CRM ayant duré le plus longtemps et qui a été mené à bonne fin en 1988.

Il est bien connu que les universitaires qui s'intéressent vivement à la recherche ne croient pas à la valeur du temps consacré à l'administration. Dr Friesen qui venait de terminer son mandat de président de l'Institut national du cancer du Canada s'était déjà donné à cet égard pendant de nombreuses années. Pourquoi a-t-il délaissé les laboratoires pour l'administration? « J'étais arrivé à la conclusion que je pouvais faire avancer les choses et que le temps était peut-être venu d'acquitter une dette de reconnaissance puisque j'avais bénéficié de l'organisme que j'étais appelé à diriger. »

La nomination du Dr Friesen a ravi les chercheurs canadiens chevronnés. « Il a été sans aucun doute le meilleur chercheur en sciences médicales à présider le CRM », affirme Charles Hollenberg. « Il jouissait d'un grand prestige à l'échelle nationale et internationale, comme un des géants de la recherche médicale canadienne. » D'après Lou Siminovich, il n'y avait personne au pays qui comprenait mieux que le Dr Friesen la science dans toute son étendue. C'était un homme doux, sans prétention, qui se tirait avec habileté de la jungle de la politique bureaucratique.



10 LE CONSEIL DE RECHERCHES MÉDICALES DANS LES ANNÉES 90

AU-DELÀ DE L'ORGANISME SUBVENTIONNAIRE



Chapitre II : Un plan stratégique Une politique d'ouverture

À L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA, LE DR FRIESEN AVAIT PRÉSIDÉ UN COMITÉ CHARGÉ DE SURVEILLER UN EXERCICE DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE. IL ÉTAIT IMPRESSIONNÉ PAR L'ARDEUR DU BÉNÉVOLAT NATIONAL ET DES DIRIGEANTS DE L'INSTITUT ET, BIEN QU'IL AIT TOUJOURS ÉTÉ UN GRAND DÉFENSEUR DU CRM, IL EN ÉTAIT VENU À SE DEMANDER S'IL N'ÉTAIT PAS TROP AVÉ ET CENTRÉ SUR OTTAWA. EN 1991, EN PÉRIODE DE RÉSSION NATIONALE, L'AUGMENTATION DU FINANCEMENT ÉTAIT LIMITÉE À 3 % PENDANT TROIS ANS, CE QUI ÉTAIT DE NATURE À DÉMORALISER. LE DR FRIESEN A DÉCIDÉ D'« OUVRIR LES PORTES » ET DE MENER DE VASTES CONSULTATIONS. SA PREMIÈRE INITIATIVE D'ENVERGURE A ÉTÉ D'ÉTABLIR UN VASTE PROCESSUS DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE AUQUEL PARTICIPAIENT DES INTERVENANTS DE TOUTS LES NIVEAUX, DES CHERCHEURS JEUNES ET VIEUX. « C'EST, À MON AVIS, LA DÉCISION LA PLUS IMPORTANTE QUE J'AI PRISE AU COURS DE MON MANDAT. »

Organisé de concert avec Pat Lafferty de Coopers & Lybrand, le processus s'est avéré l'exercice d'auto-évaluation le plus approfondi de l'histoire du CRM. Il semblait, à première vue, que l'échéancier serait impossible à respecter, mais quelque 3 000 chercheurs en sciences de la santé ont participé avec d'autres plus de 200 groupes de discussion autogérés. Par la suite, environ 500 de ces participants ont chacun consacré une journée à des

ateliers dans les universités sur les options et les stratégies. Le processus s'est terminé en mai 1992 par un congrès national de deux jours à Ottawa réunissant des intervenants bien en vue. En février 1993, les résultats ont été rendus publics avec la publication d'un document de 34 pages intitulé *Investir dans la santé au Canada : Plan stratégique du Conseil de recherches médicales du Canada*.

Le Dr Friesen n'est pas demeuré passif ni désintéressé au cours du processus de planification. Il a expliqué bien clairement son parti pris dans son premier rapport annuel, affirmant qu'il était favorable à des orientations, des initiatives, des approches, des expériences et des politiques nouvelles. Il était particulièrement intéressé à favoriser des ententes de partenariat avec le secteur privé, les organismes bénévoles et d'autres organismes sans but lucratif, en fin de compte avec pratiquement tous les organismes qui voulaient investir des fonds et des énergies dans la recherche en santé. Un observateur au sommet de 1992 a noté comment la calme persistance du Dr Friesen, qui sondait l'opinion des participants pour tenter de les convaincre d'adopter l'orientation qu'il souhaitait, l'avait laissé perplexe. Tous se rendaient compte de la grande inquiétude qui régnait au sujet de la nouvelle orientation du CRM. Son budget était grevé jusqu'à la limite. S'il tentait de répartir le gâteau à une multitude de nouveaux intervenants, quelques chercheurs et peut-être tous resteraient sur leur faim.

Le CRM a été créé à une époque moins complexe afin d'exploiter la vision et les réalisations étonnantes d'une première génération de grands chercheurs médicaux canadiens [...] aux premiers temps de la recherche où l'on imaginait le chercheur en blouse blanche, passant tranquillement la nuit à travailler dans son laboratoire [...] Nous vivons toutefois dans un monde plus complexe où les questions, les disciplines, les institutions et les besoins de la recherche fluctuent. Nous devons élargir notre perspective de l'avenir si nous voulons continuer à exercer notre leadership.

INVESTIR DANS LA SANTÉ AU CANADA :
PLAN STRATÉGIQUE DU CONSEIL DE RECHERCHES
MÉDICALES DU CANADA.

Investir dans la santé au Canada

Le plan stratégique était formulé avec grand soin et visait à établir un pont entre le mandat traditionnel du CRM et la nouvelle direction que le Dr Friesen et d'autres souhaitaient prendre. Le CRM s'engageait à mettre à profit ses points forts en maximisant le perfectionnement professionnel, le processus d'examen par les pairs, l'établissement des priorités, l'examen des programmes et l'amélioration de l'administration. Plus important encore, le CRM s'engageait à élargir ses horizons en vue d'englober l'éventail complet de la recherche en santé et à étendre son action par l'établissement de réseaux et de partenariats multisectoriels, l'échange d'information, et une meilleure coordination avec les

politiques publiques, et en insistant davantage sur la mesure des résultats. On pouvait lire dans le document que le CRM avait pour mission d'être plus qu'un organisme subventionnaire et qu'il devait se consacrer davantage à assurer la coordination des activités de recherche, à établir des consensus, et à devenir un carrefour de recherche et d'information et un porte-parole vigoureux de la recherche sur la santé au Canada. Le CRM devait mettre l'accent sur la responsabilité et l'évaluation dans tous les secteurs de son mandat. La mise en oeuvre du plan stratégique devait être terminée dans cinq ans.

Nous avons été élevés dans la croyance innée que mettre en valeur la santé par l'entremise de la recherche consistait à accorder une subvention à un chercheur biomédical ou à un clinicien en milieu universitaire ou dans un hôpital d'enseignement. Dans l'ensemble, c'est exact. Lorsque nous sondons les aspects sociaux compliqués de la santé, nous en arrivons cependant à appuyer des projets soumis par des économistes, des ingénieurs, des bioéthiciens, des statisticiens, des administrateurs publics, ou d'autres experts, collaborant ensemble ou travaillant en équipes dans des villes ou des pays différents.

INVESTIR DANS LA SANTÉ AU
CANADA : PLAN STRATÉGIQUE DU
CONSEIL DE RECHERCHES MÉDICALES
DU CANADA.



LE CONSEIL DE RECHERCHES MÉDICALES DANS LES ANNÉES 80

Le cycle vertueux

Dans les années 90, on n'arrivait pas à consigner tous les changements qui s'opéraient dans le paysage du CRM tellement la situation évoluait rapidement. Le concept sous-tendant le titre du plan stratégique *Investir dans la santé au Canada* reflétait, par exemple, l'accent mis sur la recherche au cours de la décennie en tant qu'investissement et dont les résultats et les retombées pouvaient être quantifiés. Bien avant la publication du plan stratégique, le CRM avait convenu d'administrer le Programme canadien de technologie et d'analyse du génome en partenariat avec le gouvernement et d'autres organismes. Puisque des chercheurs investissent à des nouveaux domaines de recherche comme les déterminants sociaux de la santé étaient déjà membres du Conseil, la proposition visant l'élargissement de son champ d'activité était accueillie d'avance. Signe des temps, l'expression « recherche médicale » n'a pas été employée une seule fois dans le plan stratégique officiel du CRM. Ce concept était déjà considéré comme dépassé, banni, en bonne voie de devenir inacceptable.

En 1993, le CRM a mis sur pied une foule de comités consultatifs chargés de la mise en oeuvre du plan stratégique. Ils étaient consacrés à la science, aux programmes, à l'examen par les pairs, aux partenariats, aux finances et aux ressources, au perfectionnement professionnel, aux systèmes et à la technologie d'information, aux communications, à l'élaboration des politiques, à la planification, à l'analyse et à l'évaluation. Des audiences ont été organisées d'un bout à l'autre du pays en vue de recueillir les réactions des intéressés. Des directeurs régionaux ont été nommés

pour faciliter la circulation de l'information entre le CRM et les groupes de chercheurs. Bien que le Dr Friesen ait consacré une fraction très limitée des ressources à l'administration au point de l'affaires, les cadres ont fait tout leur possible pour ne pas s'isoler et pour se tenir informés de ce qui se passait. En 1994, le bulletin d'information du CRM a été entièrement refondu et renommé le *Communiqué du CRM*. On a augmenté les liens et les activités de coordination avec d'autres organismes subventionnaires.

Après plusieurs années de collaboration accrue, une nouvelle alliance stratégique importante a été conclue en 1993 avec la signature d'un accord de partenariat avec l'Association canadienne de l'industrie du médicament (ACIM), qui prévoyait la réalisation de projets de recherche d'une valeur de 200 millions de dollars sur une période de cinq ans, projets qui feraient l'objet d'un examen par les pairs et qui seraient subventionnés par l'industrie. En 1994, une nouvelle initiative de collaboration d'envergure a été mise en oeuvre de concert avec la Fondation de diabète juvénile, et le CRM est devenu l'un des principaux partenaires de l'Initiative canadienne pour la recherche sur le cancer du sein. À sa réunion de mars 1994, le Conseil a approuvé quelque 150 recommandations formulées par les comités consultatifs. Certaines portaient sur des priorités incontestables : le CRM a adopté des politiques visant à minimiser les obstacles à une participation accrue des femmes dans les activités de recherche et à accroître la recherche sur la santé des femmes.

L'accord avec l'ACIM ainsi que d'autres ententes de partenariats avec l'industrie ne se sont pas développés sans heurt. Les universitaires indépendants et les hommes et femmes d'affaires à l'affût de profits devaient apprendre à se connaître. Judy Erola, une ancienne ministre qui dirigeait l'ACIM, se souvient des préoccupations de l'industrie au sujet des subventions destinées « à ce que nous appelons la "recherche de trou noir" où personne n'a de comptes à rendre [...] Dans le secteur privé, il faut avoir un programme, un échéancier et des travaux livrables, et les scientifiques sont réputés pour engloutir de grosses sommes. » Le CRM a accepté de se soumettre aux échéanciers prévus dans l'accord et, de son côté, l'ACIM a accepté l'examen par les pairs comme une condition sine qua non des universitaires. Au cours des premiers cinq ans de l'alliance, des entreprises membres de l'ACIM ont investi 203 millions de dollars, le CRM 32 millions, et quelque 900 projets ont été mis sur pied.

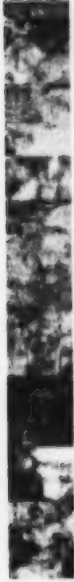
L'esprit de collaboration a été comme une bouffée d'air frais pour les scientifiques ayant l'esprit d'entreprise, dont certains étaient très jeunes, et d'autres comme Cal Stiller de London, en Ontario, qui dénonçait depuis des années le conservatisme apparent du CRM. En 1994, le Dr Friesen a encouragé Stiller à élaborer, avec l'appui initial du CRM et de concert avec d'autres partenaires, ce qui est devenu le Fonds de découvertes médicales canadiennes (FDMC). Il s'agissait d'un fonds d'investissement bénéficiant d'une aide fiscale qui canaliserait plus de 250 millions de dollars au cours des années 90 dans des entreprises commerciales fondées sur la recherche dans les sciences de la vie. Une des retombées du FDMC,

Découvertes médicales universitaires Inc., est devenue une entreprise qui investit des capitaux de démarrage dans des projets universitaires et qui contribue à créer encore d'autres nouvelles entreprises.

Au cours des premières années de la planification du paramédical, Stiller avait travaillé avec des experts-conseils américains à la détermination du rôle des dépenses de recherche et de développement. C'est lui qui a introduit dans le discours canadien sur la recherche en matière de santé le concept du « cycle vertueux » de l'investissement de recherche-développement et de la création de la richesse. « Le concept se définit comme suit : le gouvernement investit dans la recherche fondamentale et le secteur privé fournit le capital de risque et de démarrage, ce qui mène au fin de compte à la participation des entreprises et à un retour à la recherche fondamentale au moyen des taxes et de l'investissement direct. » Ce concept a servi aux secteurs privé et public et au CRM qui faisait le pont entre les deux pour expliquer et justifier leur vision et les nouvelles initiatives. L'essor pris par l'industrie canadienne de la biotechnologie dans les années 90, grâce aux subventions du CRM, semblait être la preuve que la vision était solide.

LE CONSEIL DE RECHERCHES MÉDICALES DANS LES ANNÉES 90



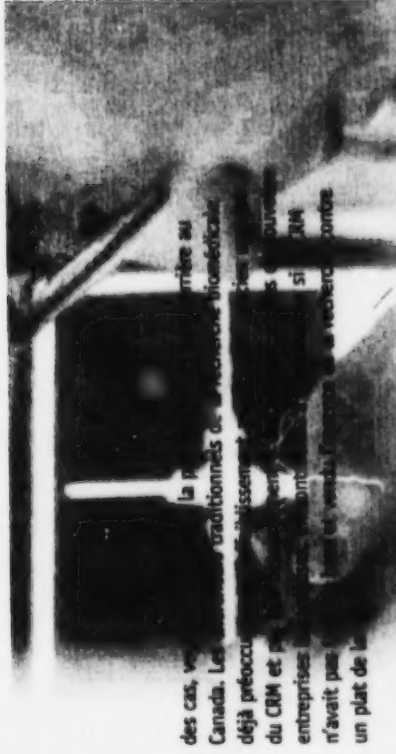


Chapitre III : Des temps difficiles Austérité et appréhension

LE TOUT A MENACÉ DE S'ÉCROULER. AU MILIEU DES ANNÉES 90, LE GOUVERNEMENT CANADIEN A FINALEMENT ÉTÉ CONTRAINT DE RENONCER À L'HABITUDE VIEILLE DE 20 ANS D'EMPRUNTER POUR FINANCER LES DÉFICITS BUDGÉTAIRES ANNUELS. SUIVANT L'ANNONCE DU RIGOREUX PROGRAMME D'AUSTÉRITÉ PAR LE MINISTRE DES FINANCES EN 1995, LE BUDGET DE BASE DU CRM DEVAIT ÊTRE RÉDUIT DE 13 % AU MOYEN DE RÉDUCTIONS ANNUELLES CUMULATIVES, ET PASSER DE 267 À 237 MILLIONS DE DOLLARS POUR L'EXERCICE 1997-1998.

Bien que d'autres programmes et conseils subventionnaires aient été frappés plus durement que le CRM et qu'il y ait eu des périodes de repli antérieures en termes de dollars constants, cette série de coupures importantes et vraisemblablement permanentes, qui arrivait à ce moment de l'évolution déjà controversée du CRM, a sonné l'alarme dans la communauté scientifique comme cela ne s'était jamais vu. Le CRM a réduit le nombre des demandes admissibles au financement, il a diminué de façon radicale le niveau de financement moyen de tous les projets méritoires, et il a perdu la capacité de financer des projets favorisant la création. Le moral des troupes a chuté. Les jeunes scientifiques, pour qui la compétition est féroce dans le meilleur

AU-DELÀ DE L'ORGANISME SUBVENTIONNAIRE



des cas, vers la médecine traditionnelle ou la recherche biomédicale. Les chercheurs ont dû se tourner vers les entreprises pour financer leur recherche, si ce n'est pas par un plat de la recherche.

Le Dr Friesen se souvient : « Les gens ont été polis [...] mais ils ont exprimé leur pende en termes non équivoques. » Stiller est plus direct : « Il a été attaqué plus qu'aucun autre président avant lui

J'

HENRY FRIESEN

LE CONSEIL DE RECHERCHES MÉDICALES DANS LES ANNÉES 90

[...] La communauté scientifique était en armes [...] La critique était implacable [...] Le Dr Friesen a consacré beaucoup de temps à s'adresser à des auditoires hostiles dans les universités [...] Il a créé un climat politique favorable en affirmant : " Il n'y a pas d'argent. Voilà la réalité. [...] Quand le monde changera, je vous en présenterai une nouvelle. " »



Ministère de l'Énergie du Canada

CHANGEMENTS MÉTÉOROLOGIQUES DANS LES ANNÉES 90

Le Dr Friesen et son secrétariat assiégé ont décidé qu'il fallait tenir le coup. Ils n'avaient pas le choix parce qu'il était clair à Ottawa qu'un retour en arrière était hors de question. Pour des politiciens et des hauts fonctionnaires dans d'autres ministères, le CRM avait la réputation d'être un domaine réservé à des chercheurs aux intérêts étroits, opposés au changement, désobligeants, négatifs et ingrats. À Ottawa, il n'était pas rare que l'on remarque combien les chercheurs bénéficiant des fonds publics étaient avares de remerciements.

Pour certains chercheurs en laboratoire, le CRM était devenu un organisme inaccessible qui s'était laissé récupérer par les politiciens. Pour d'autres scientifiques, les attentes du passé n'étaient tout simplement plus viables. Comment pouvait-on mettre en question la nécessité de mettre de l'ordre dans les finances du Canada? « C'était vraiment la situation dans l'ensemble du pays que ces chercheurs critiquaient » de dire Lou Siminovitch. Le Dr Friesen a redoublé ses efforts pour expliquer à la communauté scientifique qu'il n'était tout simplement pas possible de préparer le futur de la recherche en recourant aux moyens du passé. On avait l'impression que ses discours et ses articles portant sur les « cinq voies » étaient l'œuvre d'un Confucius mennonite. Des amis, des collègues et des bénéficiaires du CRM sont venus apporter leur soutien à l'organisme, plus particulièrement Aubie Angel (qui venait de terminer son mandat en qualité de premier boursier résident du CRM) qui a créé en 1996 l'association des amis et anciens du CRM.

AU-DELÀ DE L'ORGANISME SUBVENTIONNAIRE

Examen international par les pairs

Comme prévu au plan stratégique, le CDM a lui-même fait l'objet d'un « examen par des pairs ». En 1996, un comité international d'experts (CIE), présidé par Arnold Naimark, le président de l'Université du Manitoba, a été chargé d'examiner tous les aspects des activités et des plans du CDM. Le CIE a effectué une recherche d'évaluation qui a duré six mois, du jamais vu à ce qu'il paraît dans l'histoire des organismes subventionnaires du Canada. Le CIE a été, dans l'ensemble, très élogieux à l'égard du CDM dans son rapport :

« Le Conseil de recherches médicales du Canada est un organisme exceptionnel, dirigé de façon dynamique et imaginative, qui effectue un travail de première qualité dont le retentissement est international, dans des conditions de plus en plus difficiles. Il mérite pleinement la loyauté et l'appui de la communauté de recherche ainsi que la confiance que placent en lui le gouvernement et la population du Canada. »

Le CIE a souligné le fait que la mesure dans laquelle les objectifs du plan stratégique ont été atteints varie considérablement, et il a critiqué le secrétariat d'Ottawa d'avoir essayé d'en faire trop avec un nombre insuffisant de cadres supérieurs, ce qui était quelque peu tiré par les cheveux. D'une manière générale, le CIE a plaidé en faveur des nouvelles orientations adoptées par le CDM dans les années 90; il a recommandé que le CDM maintienne l'orientation fondamentale du plan stratégique et que son nom soit changé pour celui de Conseil de recherches en sciences de la santé du Canada. Mais, ce qui est plus important, le comité a mis en garde contre

« l'important malaise qui existe dans la communauté de recherche biomédicale », et il s'est prononcé en faveur de la mobilisation grandissante visant à convaincre le gouvernement fédéral que la poursuite de la politique d'austérité aurait pour conséquence de miner les efforts d'investissement dans la recherche en santé. « À moins que des fonds additionnels ne soient injectés bientôt, nous craignons fort que la base de la recherche en sciences de la santé au Canada ne s'écroule [...] Une trop grande part du potentiel du Canada pour un travail de première qualité est gaspillée. »





Discutant de la création du Programme canadien de recherche en neurotraumatologie avec le héros canadien Rick Hansen.



Chapitre IV : Tracer la route des IRSC Que faire maintenant?

À LA FIN DES ANNÉES 90, LE CRM A CONTINUÉ À ÉTENDRE LA SPHÈRE DE SON ACTIVITÉ CONFORMÉMENT À L'ORIENTATION DÉTERMINÉE DANS LE PLAN STRATÉGIQUE ET ENTÉRINÉE PAR LE CIE, C'EST-À-DIRE L'ÉTABLISSEMENT DE NOUVEAUX PARTENARIATS ET RÉSEAUX AVEC L'INDUSTRIE, LES GOUVERNEMENTS ET LES ORGANISMES AXÉS SUR LA RECHERCHE AU CANADA ET À L'ÉTRANGER. ON A CRÉÉ LE COMITÉ PERMANENT DE LA SCIENCE ET DE LA RECHERCHE, LE COMITÉ PERMANENT DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION, LE COMITÉ PERMANENT DE L'ÉXPANSION DES AFFAIRES, ET LE COMITÉ PERMANENT SUR L'ÉTHIQUE DANS LA RECHERCHE. L'ÉNONCÉ DE POLITIQUE DES TROIS CONSEILS (LE CRSH, LE CRSNG ET LE CRM), INTITULÉ ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS, EST UNE DES PUBLICATIONS DE 1998 DIGNES D'ÊTRE NOTÉE. C'ÉTAIT L'ABOUTISSEMENT DE PRÈS DE 40 ANS DE POLITIQUES DU CRM SUR L'ÉTHIQUE DANS LA RECHERCHE, QUI ÉTAIENT ANÉES DANS UN PREMIER TEMPS SUR LES ACTIVITÉS DE RECHERCHE BIOMÉDICALES, MAIS QUI S'APPLIQUAIENT MAINTENANT À TOUTES LES DISCIPLINES. LE CANADA A ÉTÉ LE PREMIER PAYS À ÉTABLIR UNE POLITIQUE D'UNE PORTÉE AUSSI VASTE.

La publication du rapport du CIE a été suivie d'une nouvelle série de discussions concernant la façon de mettre à jour les stratégies du CRM. Six séances de réflexion ont été organisées au printemps de 1997, et les participants se sont immédiatement emparés dans des problèmes de démocratisation, de

mécontentement et de financement. Que faire pour arrêter la dégradation du programme de recherche scientifique du Canada?

On commençait à voir le bout du tunnel du programme d'austérité gouvernemental. Les budgets faisaient état de nouvelles initiatives en matière de recherche en santé. On avait annoncé en 1996 la création de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). L'année suivante, le gouvernement fédéral annonçait la création de la Fondation canadienne pour l'innovation. C'était l'investissement le plus important de l'histoire dans le programme de recherche scientifique canadien avec 800 millions de dollars à investir sur une période de cinq ans dans l'infrastructure de recherche dans les universités et les hôpitaux. En 1998, le ministre des Finances a rétabli le financement des principaux organismes subventionnaires aux niveaux de 1994-1995, ce qui représentait pour le CRM une augmentation de 130 millions de dollars sur une période de trois ans. Le Dr Friesen raconte comment « un Conseil reconnaissant a rapidement approuvé 109 subventions d'exploitation additionnelles, en a renouvelé 26 autres, a rétabli les subventions d'essai clinique, a financé toutes les subventions d'achat d'appareils déjà approuvées, et a réduit les diminutions des

budgets des projets. Toutes ces mesures ont été mises en oeuvre rétroactivement au programme de subventions de 1997 [...] ce qui a eu pour effet d'encourager grandement le secteur de la recherche en sciences de la santé. »

Le soutien fondamental du gouvernement fédéral et de la population canadienne à la recherche médicale ou en sciences de la santé n'a jamais failli. La bonne volonté ne faisait pas défaut. Maintenant, en ces jours plus heureux, il pourrait y avoir de l'enthousiasme pour plus de nouvelles initiatives.

Le CRM ne pouvait pas se contenter du rétablissement des niveaux budgétaires antérieurs. La plupart des autres pays membres du G7, avec les États-Unis en tête, avaient augmenté les budgets destinés à la recherche alors que le Canada restreignait les dépenses. Le Congrès américain examinait des propositions visant à doubler le budget de la recherche des National Institutes of Health (NIH) sur une période de cinq ans, et l'économie américaine était en plein essor. En comparaison, les conditions au Canada étaient déplorables.

Un document de politique interne du CRM arrivait à la conclusion suivante en 1997 : « Les règles du jeu ne sont pas équitables. Les chercheurs travaillant aux États-Unis continueront à jouir de subventions plus importantes et de meilleures installations. Les chercheurs canadiens, en particulier les « vedettes » qui s'en vont déjà en trop grand nombre, continueront à être attirés aux États-Unis par de telles occasions. Il sera de plus en plus difficile

de rapatrier ces chercheurs, ainsi que leurs projets. Comme il y a comparativement moins de recherches qui sont effectuées au Canada, il y aura relativement moins de possibilités pour des entreprises canadiennes de développer des produits basés sur les recherches des chercheurs canadiens. »

Personne au CRM ne croyait que les politiciens canadiens accepteraient des propositions visant simplement à augmenter le budget de base du CRM. En tout cas, la logique de la stratégie du Conseil d'étendre la sphère de son activité, associée à l'accent mis par le président sur la nécessité de penser autrement, indiquaient que le temps était venu de consolider les résultats obtenus au cours des dernières années pour se donner une nouvelle vision.

À mon avis, il était absolument essentiel que le CRM élargisse son mandat pour la simple raison que la recherche biomédicale n'est qu'un élément d'un ensemble plus vaste. En s'engageant à appuyer tout l'éventail de la recherche en matière de santé, on n'est pas simplement une source de coûts additionnels, mais on fait partie de la solution. Francis Ralleston

Concevoir les instituts

L'idée de créer des instituts de recherches en santé avait surgi de temps en temps dans les discussions du CRM pendant près de quarante ans. Elle était habituellement abandonnée rapidement parce qu'il s'agissait de propositions visant la création d'instituts autonomes « entre quatre murs » ou de rêves de toute évidence nostalgiques d'imiter le système des NIH américains. (Il y a eu une suggestion qui n'a jamais été débattue de fusionner tout simplement avec les NIH qui appuient généreusement les chercheurs canadiens, fait qui n'a jamais été pleinement apprécié de la population canadienne.) L'idée a surgi de nouveau pendant les séances de réflexion parfois houleuses de 1997, souvent par rapport à la proposition de changer le nom de l'organisme ou parfois en référence aux réseaux de centres d'excellence ou même à l'image des récentes missions commerciales gouvernementales d'Équipe Canada.

Lors d'une réunion à Toronto le 30 septembre 1997 (à laquelle l'auteur du présent document a participé) en vue d'examiner des priorités stratégiques, le Dr Henry Friesen a lancé l'idée de la création d'un système canadien d'instituts nationaux de santé. Il ne s'agissait pas de copier le système américain, mais de compléter le réseau universitaire existant. L'idée a plu à certaines personnes, et elle a fait du chemin au cours des séances d'établissement des stratégies, qui se sont déroulées au cours de l'automne et de l'hiver.

LA PREMIÈRE MENTION DES IRSC :

Nous devons faire preuve de cohérence en ce qui concerne notre plan stratégique. Nous devons reconnaître les réalisations du gouvernement fédéral – les réseaux de centres d'excellence, les partenariats en technologie, la Fondation canadienne pour l'innovation. Le gouvernement serait-il disposé à créer un réseau d'Instituts de recherche en santé du Canada? Un modèle consisterait à réunir 16 universités importantes, chacune axée sur un ou deux domaines de recherche, ce qui mobiliserait 20 000 chercheurs. Un système plus actif, plus dynamique. Quelle forme prendrait un tel réseau? Analogie avec Max Planck [instituts de recherche en Allemagne]. Un ballon d'essai. L'idée serait d'augmenter les investissements dans l'infrastructure nationale.

NOTES DE HENRY FRIESEN EN VUE D'UNE INTERVENTION À LA RÉUNION DU COMITÉ DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE DU CRM LE 30 SEPTEMBRE 1997.

Félicitant le Dr Judith Hall, membre du Conseil, qui vient de recevoir l'Ordre du Canada.



Les sourires abondent au lancement des IRSC en février 1999. Accompagnent le Dr Friesen à l'Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM) le ministre de la Santé, Allan Rock, le directeur de l'IRCM, le Dr Jacques Gosselin, et un membre du Conseil, le Dr Mona Hébert.

LE CONSEIL OF RESEARCHERS MEETING WITH THE PRESIDENT OF

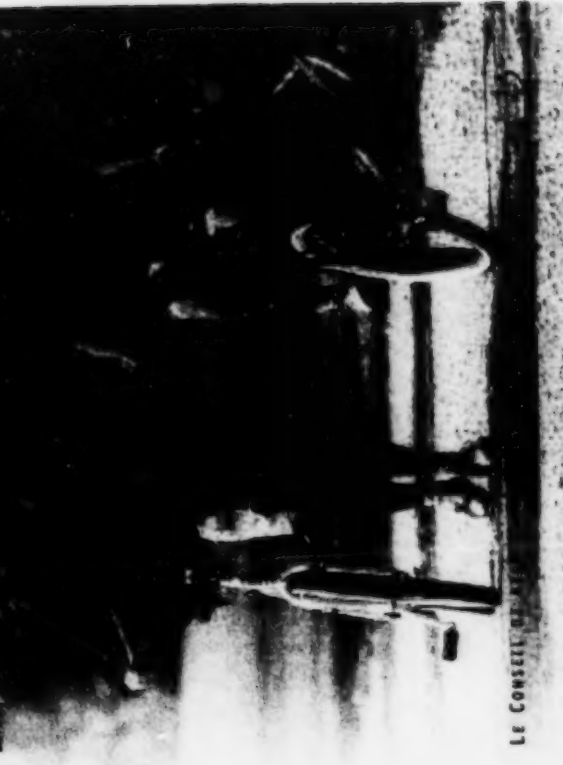
THE CANADIAN SOCIETY OF NEUROSCIENCE

Le Dr Friesen a décidé de toute évidence d'aller jusqu'au bout. La proposition a figuré dans un projet de document de politique présenté au Conseil en mars 1998, et le Dr Friesen a demandé et obtenu un appui de principe. Selon un participant « c'était un mouvement rapide, littéralement à vous couper le souffle, comme un général qui lance une attaque alors que les stratégies en sont encore à dresser un plan de bataille ». Dans la soirée, à l'occasion d'une réception, le Dr Friesen a commencé à faire pression sur le ministre de la Santé, Allan Rock. « Le personnel et les membres du Conseil, et le ministre aussi d'ailleurs, étaient à bout de souffle après l'attaque préemptive de Henry » a écrit un cadre supérieur le lendemain. « L'idée de créer des instituts nationaux de santé avait éclipsé tout le reste. »

Personne, y compris peut-être le Dr Friesen lui-même, n'était encore bien sûr de la façon dont le concept pourrait être appliqué. On a immédiatement organisé des séances de remue-méninges en vue d'amplifier l'idée, d'abord au sein du CRM et, par la suite, au sein d'un groupe de travail permanent composé de représentants des groupes d'intérêt éventuels. Dans son rapport d'octobre 1998 à l'intention du Ministre, le Dr Friesen a présenté l'explication suivante du concept.

En proposant de réunir les forces dynamiques du pays dans le secteur de la recherche en santé, le projet de création d'instituts reflète l'esprit de partenariat, une formule qui s'est avérée efficace dans d'autres secteurs. La communauté des chercheurs canadiens est en fait un réseau de partenaires. Bien que de

nombreux chercheurs canadiens aient déjà adopté une culture d'étroite collaboration avec d'autres intervenants, voici une occasion unique pour le gouvernement canadien d'étendre cette culture à la structure actuelle du système de recherche en santé. En réunissant tout l'éventail de la recherche en santé dans un « consortium virtuel », les Instituts de recherche en santé du Canada pourraient établir un nouveau cadre de recherches interdisciplinaires, qui permettrait la mise en commun des compétences, des connaissances et du savoir-faire dans des domaines de santé tels que le diabète, le cancer, les maladies transmissibles, les maladies cardiovasculaires et la santé.



LE CONSEIL

Faire valoir l'idée des IRSC

Le Dr Friesen devait faire passer l'idée des IRSC auprès des universités, des hôpitaux et, surtout, du gouvernement à qui on demanderait un financement qui dépasserait de beaucoup le budget de base du CRM. Au cours de cette campagne, le Dr Friesen a pu profiter du respect qu'il s'était attiré pendant les années où il a présidé le CRM et certes tout au long de sa carrière de scientifique.

Il avait la réputation d'être sincère et de bonne foi, l'intégrité même, et complètement apolitique. Ses amis intimes et des anciens partenaires de badminton le connaissaient comme un homme obstiné, presque à l'excès, qui jouait toujours pour gagner. Comme Kevin Keough l'a fait remarquer, le président apolitique du CRM était devenu très perspicace en matière de stratégie politique. Le mécontentement qui s'exprimait, au sein même du CRM à l'occasion, au sujet de ses priorités était presque toujours contenu par le dévouement sans borne de ses collaborateurs. Mais le Dr Friesen n'avait pas fait l'erreur de s'entourer de flagorneurs. De l'avis de certains observateurs bien informés, le CRM n'avait jamais eu à son service, dans toute son histoire, des employés et des bénévoles d'une aussi grande qualité.

Ce n'est pas facile de travailler pour Henry [...] Il est très exigeant, mais tellement généreux qu'on est porté spontanément à en donner beaucoup plus que prévu. On ne se sent jamais fatigué parce que c'est toujours enthousiasmant [...] Il est arrivé que je lui présente un dossier sur lequel j'avais travaillé et que je considérais comme complet, mais il repartait immédiatement les points faibles [...] Il est très proche de ses troupes. Claude Roy

Tout au long des temps difficiles, le Dr Friesen avait pu compter sur l'appui de presque tous les doyens des facultés de médecine et les vice-recteurs aux recherches des universités canadiennes, et la plupart ont souscrit avec empressement au projet de création de nouveaux instituts. Les nouveaux partenaires du CRM dans l'industrie et dans le secteur bénévole considéraient le Dr Friesen comme un chercheur jouissant d'une grande réputation et dont la vision était crédible et séduisante. Comme l'a souligné Judy Erola de l'ACJM, les projets de le Dr Friesen avaient contribué à établir une nouvelle relation de confiance entre l'industrie et le milieu scientifique. À la surprise des scientifiques qui croyaient que le secteur privé était farouchement hostile au financement public (et qui se méfiaient encore à la fin des années 90 de l'alliance du CRM avec l'ACJM), l'industrie a souscrit volontiers à la vision du CRM pour améliorer le programme de recherche du Canada. « Nous avons

LE COMITÉ DE RECHERCHES MÉDICALES DANS LES ANNÉES 90

travaillé en étroite collaboration avec les scientifiques, Henry, et un ensemble de personnes au sein du CRM, pour exercer une pression sur le gouvernement afin qu'il réinvestisse dans le système, parce que l'industrie ne peut pas le remplacer, et d'ailleurs ce n'est pas son rôle. »

C'est très inhabituel, ici comme ailleurs, qu'un fonctionnaire prenne en main la transformation d'un organisme gouvernemental comme Friesen l'a fait [...] Personne au Canada n'a mis en doute ses motivations.

Heather Munroe-Blum

L'atout majeur de le Dr Friesen était sa crédibilité aux yeux d'Ottawa. Il avait réussi à moderniser le CRM, il avait résolument tenu son cap pendant les moments difficiles et tumultueux, il avait fait subir un examen international difficile au CRM, et il en était sorti en position de force pour défendre son projet. Il s'est souvent d'avoir réussi à transporter la bataille dans le camp du gouvernement.

« Nous avons commencé en posant la question suivante : " Si l'on croit sincèrement que la recherche est importante pour un système de santé publique moderne et qu'elle devrait en être le fondement, comment se fait-il que les personnes qui ont reproché au CRM de ne pas avoir investi dans ce secteur, celles qui gèrent des enveloppes budgétaires beaucoup plus importantes, notamment les

sous-ministres de la Santé, n'ont jamais discuté de recherche dans le cadre de leurs réunions? Cela frise la négligence [...] Dans tout autre secteur chargé de diriger une entreprise de 70 milliards de dollars dans un contexte moderne, on commence chacune des réunions du conseil d'administration en demandant à la direction un compte rendu des activités de recherche; on cherche à s'informer des nouveautés et des innovations qui permettront à l'entreprise de maintenir sa position concurrentielle " [...] Et la suite naturelle a été de demander : "Au fait, combien avez-vous investi dans la recherche en vue d'appuyer le secteur qui serait, d'après vous, celui auquel la population canadienne attache la plus grande importance? " Nous pouvions ensuite avancer notre thèse fondamentale voulant que le système de santé canadien était peut-être grevé à la limite en partie à cause de l'insuffisance chronique des moyens alloués à la recherche. »

Le fait que le CRM ait établi des partenariats, élargi son mandat et fait l'objet d'un examen d'experts [...] a contribué à mettre le CRM, et Henry en particulier, en position de force en vue de faire accepter, d'abord par le ministre et ensuite par le gouvernement dans son ensemble, le nouveau concept des IRSC. Certaines des mesures qui avaient été prises antérieurement ont contribué à son acceptation [...] N'eut été pour Henry, l'appui du CRM et bon nombre d'autres personnes, les IRSC n'auraient jamais vu le jour... Kevin Keough



Parlant de l'avenir de la recherche en santé avec Povel Hamet, directeur du centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal (CHUM), Patrick Vitar, doyen de la faculté de médecine à l'Université de Montréal, Bob Phillips, directeur exécutif de l'Institut national du cancer du Canada.

Célébrant la création des IRSC au Château Laurier en mars 1999 avec le Dr Robert McMurtry, membre du Conseil, Jeff Lozon, ministre de la Santé de l'Ontario, la députée fédérale de London Ouest, Sue Barnes, et le ministre de la Santé, Allan Rock.

Le pari est gagné

Le pourquoi et le comment de la décision du gouvernement fédéral d'accepter la proposition du CRM devront faire l'objet d'une recherche ultérieure. Mais après l'annonce de la création des IRSC, le ministre de la Santé, l'honorable Allan Rock, a affirmé ceci : « Le Dr Friesen a réuni un groupe remarquable de chercheurs de disciplines diverses. Vous pouvez vous imaginer les obstacles et les défis politiques qu'il a surmontés. Il a trouvé un terrain d'entente sur lequel des intérêts disparates pouvaient se mettre d'accord, et il a élaboré à notre intention une proposition qui transformera radicalement la recherche en santé à partir de maintenant et tout au long du 21^e siècle. » L'idée que le Canada était l'un des premiers pays, sinon le premier, à développer cette approche interdisciplinaire à la recherche en santé avait produit une grande impression.

La création des Instituts de recherche en santé du Canada a été annoncée le 18 février 1999 lors d'une conférence de presse à Montréal à laquelle ont participé le premier ministre Jean Chrétien, Allan Rock et Henry Friesen. Deux jours plus tôt, le gouvernement avait annoncé dans son budget le financement des IRSC sur une période de trois ans à des niveaux visant à établir le budget annuel

des nouveaux instituts à 484 millions de dollars en 2002, soit deux fois les niveaux budgétaires du CRM à la fin des années 90.

On a demandé à Henry Friesen de présider le Conseil d'administration provisoire des IRSC. Il est prévu que le CRM sera intégré à la nouvelle organisation le 1^{er} avril 2000. L'ancien organisme subventionnaire cessera d'exister, et les ICRS commenceront à tracer leur route et celle de la recherche canadienne en matière de santé pour le 21^e siècle.

J'espère qu'on se souviendra du CRM comme du berceau de la recherche en santé au Canada maintenant qu'il prend la forme des Instituts de recherche en santé du Canada. L'avenir commence aujourd'hui : les chercheurs canadiens se souviendront un jour que tout a commencé en 1999, au tournant du siècle et à l'aube d'un nouveau millénaire... Henry Friesen



LE CONSEIL DE RECHERCHES